介護保険負担限度額認定申請書

年　　　月　　　日

（あて先）かすみがうら市長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | | | 印 | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | |  | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日生 | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | | | 男・女 | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | 〒  連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）した  介護保険施設  の所在地及び  名称（※） | | | 〒  施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）  年月日（※） | | | 昭・平・令　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | ※介護保険施設に入所(院)していない場合及びショートステイを  利用している場合は、記入不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者の有無 | | 有 | | | ・ | | | 無 | | | 左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明　・　大　・　昭　・　平 | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒  　　連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本年１月１日現在の住所(上記と異なる場合) | 〒  連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | 市町村民税 | | | | | 課税 | | | ・ | | | | | 非課税 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 収入等に  関する申告 | | □ | | ①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給している全ての遺族年金・障害年金を〇で囲んでください。  ・日本年金機構  ・地方公務員共済  ・国家公務員共済  ・私学共済 | | | | | | | |
| □ | | ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と  【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額８０万円以下です。  ※1寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額  【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額８０万円超え、１２０万円以下です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と  【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額１２０万円を超えます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金等に  関する申告 | | □ | | 預貯金、有価証券等の金額の合計が次の金額以下です。  ② または第２号被保険者の方 ⇒ 単身１，０００万円以下 夫婦２，０００万円以下  ③ の方 ⇒ 単身６５０万円以下、夫婦１，６５０万円以下  ④ の方 ⇒ 単身５５０万円以下、夫婦１，５５０万円以下  ⑤ の方 ⇒ 単身５００万円以下、夫婦１，５００万円以下  ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金額 | | | | 円 | | | 有価証券  (評価概算額) | | | | 円 | | | | | | その他  (現金・負債を含む) | | | | | | （　　　　　　　　）※  円  ※内容を記載してください | | | | | | | |
| 申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 連絡先(自宅・勤務先・携帯) | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 本人との関係 | | | | | | | | | | | | | |

≪注意事項≫

（１）この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。

（２）預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。

（３）書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。

（４）虚偽の申請により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第２２条第１項の規定に基づき、支給された額及び最大２倍の加算金を返還していただくことがあります。